FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1942 N° 9

Thèse présentée pour le Doctorat en Médecine

par

GUILLAUMIN Jacques

Né à Lurcy-Lévy (Allier), le 12 juin 1916

Ancien Interne des Hôpitaux de Clermont-Ferrand

A propos de 3 observations de cancer primitif du poumon

Président : M. HANNS, Professeur

IMPRIMERIE
GÉNÉRALE
Jean de Bussac
2, Cours Sablon,
Clermont-Fd

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1942 N° 9

Thèse présentée pour le Doctorat en Médecine

par

GUILLAUMIN Jacques

Né à Lurcy-Lévy (Allier), le 12 juin 1916

Ancien Interne des Hôpitaux de Clermont-Ferrand

A propos de 3 observations de cancer primitif du poumon

Président : M. HANNS, Professeur

IMPRIMERIE
GÉNÉRALE
Jean de Bussac
2, Cours Sablon,
Clermont - Fd

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Doyen	MM.	André FORSTER ✻ ◐ I.
Assesseur		P. ROHMER ✻ ◐ I.

Professeurs titulaires

Clinique médicale B	MM.	AMBARD ✻ ◐ I.
Embryologie et tératologie		ANCEL ✻ ◐ I.
Clinique neurologique		BARRÉ ✻ ◐ I.
Histologie		N....
Clinique O.R.L.		N....
Anatomie		FORSTER ✻ ◐ I.
Thérapeutique chirurgicale		FONTAINE ◐ A.
Chimie biologique		NICLOUX O. ✻ ◐ I.
Hygiène et bactériologie		OBERLING ✻ ◐ A.
Clinique dermatologique		PAUTRIER ✻ ◐ I.
Clinique psychiatrique		PFERSDORFF ✻ ◐ I.
Clinique ophtalmologique		REDSLOB ✻ ◐ I.
Clinique d'obstrétrique et maladies des femmes		KELLER ✻ ◐ I.
Clinique infantile		ROHMER ✻ ◐ I.
Physiologie		N....
Pharmacologie et Médecine Expérimentale		SCHWARTZ ◐ I.
Médecine légale et médecine sociale		SIMONIN O. ✻ ◐ A.
Hydrologie et climatologie		VAUCHER ✻ ◐ I.
Physique biologique		VLÈS ✻ ◐ I.
Clinique chirurgicale B		WEISS ✻ ◐ A.
Clinique Médicale A		N....
Anatomie pathologique		N....

Professeurs sans chaire

Histologie	MM	ARON ✻ ◐ I.
Anatomie		BELLOCQ ✻ ◐ I.
Anatomie pathologique		GÉRY ◐ I.
Clinique médicale A		HANNS O. ✻ ◐ I.

Chargés de cours et agrégés

MM. CALLOT	MM. GELMA ✻ ◐ I.	MM. HUMBERT ✻ ◐ A.
KAYSER ◐ A.	KLEIN	REISS ◐ A.
ROMEY O. ✻ ◐ A.	SACREZ	THIVOLLE ◐ A.
TULASNE	WARTER	GINGLINGER

Chargé d'un cours complémentaire

M. ROEDERER ◐ I.

Professeurs honoraires

M. STOLZ ✻ ◐ I.	M. CHAVIGNY C. ✻ ◐ I.	M. LERICHE O. ✻ ◐ I.
M. BOUIN ✻ ◐ I.	M. WEILL ✻ ◐ I.	

Agrégés libres

M. SIMON O. ✻ ◐ A.

M. KREISS A. ◐

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543525_0025

A MON PERE

En témoignage de ma profonde affection.
Sa vie faite de droiture et de courage sera toujours pour moi un exemple.

A MA MERE ET A MA FEMME

A TOUS LES MIENS ET A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE HANNS

PROFESSEUR SANS CHAIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Ma gratitude pour l'honneur qu'il m'a fait en voulant bien accepter la présidence de cette thèse.

A MON JURY DE THESE

A MESSIEURS LES PROFESSEURS :

ACKERMAN, GERY, HANNS, LIMOUSIN

A MESSIEURS LES DOCTEURS :

MILTGEN, NADAUD, RENARD

Mes remerciements pour l'aide précieuse qu'ils m'apportèrent dans ce travail.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

DE CLERMONT-FERRAND

STAGE ET EXTERNAT.

1935 :

MONSIEUR LE PROFESSEUR CASTAIGNE

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE CLERMONT-FD
PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE
MÉDECIN DES HOPITAUX DE PARIS
MEMBRE ASSOCIÉ NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAUMERLIAC

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE STRASBOURG
EX CHEF DE CLINIQUE DES HOPITAUX DE STRASBOURG
PROFESSEUR DE THÉRAPEUTIQUE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE CLERMONT-FERRAND
MÉDECIN DES HOPITAUX

1936-1937 :

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIONIS DU SEJOUR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
CHIRURGIEN DE L'HOTEL-DIEU
MEMBRE ASSOCIÉ DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTERNAT.

1938 :

MONSIEUR LE PROFESSEUR DODEL

DOCTEUR ÈS SCIENCES
LAURÉAT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
PROFESSEUR DE PHYSIOLOGIE
MÉDECIN DES HOPITAUX

1939 :

MONSIEUR LE PROFESSEUR RONGIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ACCOUCHEUR EN CHEF DES HOPITAUX
DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DÉPARTEMENTALE DES SAGES-FEMMES

1940 :

MONSIEUR LE PROFESSEUR DURIF

PROFESSEUR DE CLINIQUE ANNEXE D'O.R.L.
CHEF DE SERVICE D'O.R.L. A L'HOTEL-DIEU

1941-1942 :

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACKERMAN

ANCIEN INTERNE P. DES HOPITAUX DE PARIS
PROFESSEUR DE MÉDECINE LÉGALE
MÉDECIN DES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRASSE

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS
PROFESSEUR SUPPLÉANT DE CLINIQUE
MÉDECIN DES HOPITAUX

Ma reconnaissance pour la bienveillance qu'ils n'ont cessé de me prodiguer et pour les conseils éclairés qu'ils m'ont donné au cours de mes études.

4° Les troubles de compression — dont nous ferons plus loin une étude plus précise, attirent l'attention assez tôt avec le cornage bronchique, la toux d'irritation, la paralysie d'un diaphragme.

5° Les accidents infectieux sont plus tardifs encore et maintes observations ont été publiées d'abcès du poumon qui, sur la table d'opérations, se révélaient des cancers très évolués. Le diagnostic différentiel entre abcès et cancer est d'ailleurs loin d'être aisé.

6° Les signes généraux peuvent être les premiers à inquiéter le malade ; l'amaigrissement pour certains n'est pas toujours précoce ; pour l'ensemble des auteurs, il semble constant bien que peu important. Une reprise momentanée du poids sous l'influence du repos, peut faire écarter à tort, l'hypothèse d'une affection cancéreuse.

7° A l'examen, la voussure thoracique, des adénopathies sus claviculaires et axillaires, des varicosités, attirent l'attention.

L'examen des poumons dans cette forme clinique (de loin la moins fréquente, répétons-le) nous montre une matité de bois bien délimitée avec un silence respiratoire absolu dans la zone correspondante.

8° A la radiographie, c'est cette forme du cancer primitif du poumon qui donne ou l'image classique en patte de crabe ou alors un épaississement hilaire avec des taches. Cette ombre hilaire peut être ovalaire ou à contours marronés.

ETUDE CLINIQUE.

Un schéma des conséquences cliniques de la localisation de la tumeur nous permettra de mieux comprendre la diversité des formes du cancer primitif du poumon :

I. — *La compression des bronches* au début donnera des signes d'irritation bronchique, plus tard un syndrôme d'emphysème et enfin une obstruction complète des bronches avec atélectasie.

II. — *Une compression de l'artère pulmonaire* donnera les formes nécrosantes cavitaires et suppurées et

III. — *Une compression des veines pulmonaires* donnera les formes asystoliques avec hydrothorax et enfin

IV. — *Les compressions nerveuses* donneront un syndrôme phrénicorécurrentiel.

Insistons donc d'abord sur le polymorphisme de début. Le cancer primitif du poumon peut alors simuler toutes les affections pulmonaires. Les formes cliniques peuvent ou bien être camouflées ou alors nous égarer par leurs signes cliniques vers le diagnostic des affections pulmonaires les plus diverses.

Il faut bien connaître l'existence de ces *formes pseudo-grippales* avec accidents respiratoires pseudo-asthmatiques, ou de ces *dyspnées rebelles* avec, à la radiographie, une plage d'emphysème pulmonaire. On a dit également qu'à partir de 40 ans toute suppuration pulmonaire pouvait nous faire penser à un cancer du poumon.

On sait d'autre part que les formes atélectasiques sont 75% des cancers du poumon.

Ces formes sont précoces, surviennent souvent chez un malade jeune et s'accompagnent d'une dyspnée presque banale. On remarque quelquefois une rétraction de l'hémithorax et souvent ce sont des signes radiologiques qui font le diagnostic.

ETUDE RADIOLOGIQUE.

L'exploration radiologique est fondamentale pour poser le diagnostic de cancer primitif du poumon. L'existence d'une condensation parenchymateuse d'opacité homogène à contours parfois très nets, parfois plus flous, sera un bon élément de diagnostic. Cette ombre se confond avec l'ombre cardio-médiastinale ou est appendue à ses bords. A sa phase de début, le cancer peut être uniquement endobronchique ; un examen lipiodolé décèlerait dans ce cas le défaut de perméabilité bronchique.

Unilatérales pour Huguenin, pour certains auteurs, les images à topographie hilaire ne sont pas forcément unilatérales ; elles prédominent d'un côté ; mais du côté opposé il peut y avoir une image pathologique.

Mais c'est dans les *formes atélectasiques* que la radiologie nous donne les renseignements les plus précis :

On note alors une opacité complète de la région atélec-

tasiée une surélévation du diaphragme, une attraction du médiastin, cœur y compris. Et par la tomographie, on pourra, dans cette zone obscure, arriver d'abord à préciser la tumeur, ensuite à la localiser dans le champ pulmonaire. Et c'est dans cette forme clinique que l'exploration lipiodolée sera nécessaire pour confirmer le diagnostic de sténose cancéreuse des bronches : à l'aide d'une sonde intratrachéale on dirige le lipiodol dans la bronche souche à explorer ; on observe alors un arrêt du lipiodol qui reflue du côté opposé, arrêt qui est la conséquence d'une sténose endobronchique ou le fait d'une compression de la bronche par une tumeur indépendante de celle-ci.

C'est cette véritable « bronchoscopie radiologique » qu'ont préconisée Huguenin et Delarue et qui permet d'étudier la progression du lipiodol à travers l'arbre respiratoire.

Enfin, l'examen radioscopique fera également préciser l'état de la cinématique respiratoire et rechercher les signes de paralysie phrénique de compression.

Il nous a semblé que l'étude des trois observations ci-dessous présentant le type pseudotuberculeux, pseudopleural et pseudokystique, pouvait présenter quelque intérêt.

CHAPITRE Ier

Forme Pseudo-Tuberculeuse

Observation personnelle n° 1.

M. V., 57 ans, jardinier, marié.

Entré le 13 avril 1940 à l'Hôpital Sanatorium (service du docteur Renard).

Au courant de l'été 1939, le malade présente une asthénie de plus en plus marquée, accompagnée d'anorexie et de toux. Le 18 septembre, il s'alite ; le médecin appelé, pense à une pleurésie, mais une ponction exploratrice ne ramène pas de liquide. Pendant 2 mois, le malade reste au repos complet. La température est sensiblement normale. La toux est fréquente. Vers la fin de janvier, le malade reste au repos complet. La température est sensiblement normale. La toux est fréquente. Vers la fin de février, le malade commence à se lever ; son état général s'améliore, sa toux diminue.

Mais vers la fin mars 1940, à la suite d'une recrudescence des symptômes, avec température oscillant entre 38° et 39°, le malade fait une hémoptysie de moyenne abondance.

C'est alors qu'il entre à l'hôpital.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Rhumatisme articulaire aigu avec atteinte cardiaque.

L'examen du 13 avril 1940 nous donne les renseignements suivants :

— Signes fonctionnels : appétit assez bon ; forces diminuées ; sommeil assez bon ; digestion bonne.

Sueurs au début de la maladie. Dyspnée d'effort ; pas de point de côté. Toux fréquente ; expectoration demi-crachoir par jour, crachats rosés.

— Température : 37°6 le matin ; 37°8 le soir.

— Etat général : médiocre ; poids 60 kg ; taille 1 m. 68.

— Thorax : rétraction droite très marquée.

— Appareil respiratoire : à l'auscultation, submatité du poumon droit ; obscurité respiratoire du tiers supérieur de ce poumon ; râles congestifs de la base.

— Examen des autres appareils : cœur, insuffisance cardiaque.

— T. A. : 11-9.

Radio n° 1

— L'examen radiographique des poumons montre (voir radio 1) des ombres denses, irrégulières, étendues, entremêlées de zones pulmonaires plus ou moins claires et occupant toute la hauteur du poumon à l'exception de l'extrême sommet. Ces ombres sont surtout confluentes

à la partie moyenne du poumon droit et occupent ce dernier dans toute sa largeur. Le sinus costo-diaphragmatique droit et la base sont massivement obscurcis. A la partie moyenne du poumon, en plein processus dense, on constate une cavité pyoacrique de nécrose probable.

— *Examens de laboratoire. Sang*, B. W. négatif. *Cutiréaction* positive. *Examen de crachats*, pas de B. K.

Evolution de la maladie.

Le 19 *avril* 1940, poids : 60 kg. Une radioscopie donne l'image d'une tuberculose pleuroparenchymateuse droite avec infiltration excavée de la partie moyenne du poumon droit. A la base, reliquat de pleurésie. A gauche, poumon sensiblement normal, trame chargée, quelques nodules entre le hile et le sinus.

— Température : oscillant autour de 37°5 avec acmé vespéral.

Le 24 *mai* 1940, poids : 63 kg. Fait un zona intercostal. On discute maintenant le diagnostic de tuberculose pulmonaire et on pense à un abcès du poumon.

Le 13 *juin* 1940, numération globulaire : 3.900.000 hématies. 8.000 leucocytes.

Le 19 *juin* 1940, poids : 58 kg. A l'auscultation, obscurité respiratoire vers la moitié supérieure du poumon droit. Râles fins à la base. Le malade crache très peu. Un examen de crachats montre l'absence de mycose. On pense maintenant à une bronchectasie suppurée ou à un corps étranger ayant occasionné une suppuration péribronchique.

Le 21 *juin* 1940, ponction à l'aiguille de 40 cm3 d'un liquide jaune citrin. Pression très négative ; insufflation de 25 cm3 d'air ; pression à +30.

Le 2 *août* 1940, formule sanguine : polyneutros : 60, éosinos : 2 ; lymphocytes : 28 ; monocytes : 8. Cellules plasmatiformes ; 8 ; pour cent.

Le 16 *août* 1940, poids : 58 kg 200 ; une radioscopie est identique aux précédentes et à la radiographie faite antérieurement. Obscurité respiratoire toujours de la même région. *Température* : avec oscillations atteignant 37°9 et 38°.

Le 30 *août* 1940, poids : 57 kg 200 ; à la radioscopie, présence d'un petit niveau liquide horizontal.

Le 13 *septembre* 1940, poids : 58 kg ; la lésion semble gagner vers le bas ; râles légers à la base ; température oscillant autour de 37°-37°5 (le malade prend de la cryogénine).

Le 28 septembre 1940, à 9 heures, le malade qui était levé a brusquement eu une forte quinte de toux suivie d'une hémoptysie de la valeur d'un demi-crachoir. Malade très choqué. Traitement : ouabaïne, ergotine, morphine. Un examen de crachats pratiqué à ce moment montre encore l'absence de B. K.

Le 11 octobre 1940, poids : 55 kg 600, soit amaigrissement de 4 kg 400 depuis le début. A la radioscopie, on note une extension de l'infiltration droite. On ne voit presque plus de parenchyme sain à la base ou vers le médiastin. La rétraction thoracique semble progresser : râles humides dans tout le champ pulmonaire-anorexie.

Dans la nuit du 22 au 23 octobre, défaillance cardiaque traitée par la digitale.

Depuis cette date, accidents cardiaques répétés, traités par ouabaïne, digitale, coramine. Malgré la thérapeutique, l'état général s'aggrave rapidement. Oligurie, œdème des membres inférieurs. Les crachats n'ont pas diminué. Ils sont devenus couleur « *gelée de groseille* » d'odeur fétide, et dans un demi-sommeil, *le malade meurt* le 4 novembre 1940.

L'AUTOPSIE pratiquée par le Dr Miltgen, nous donne les renseignements suivants : « Les conditions obligent à « procéder à une simple résection d'un volet costal très « réduit. On note de nombreuses adhérences pariéto-pleurales. Une partie du poumon droit est mise à découvert. Apparaît alors hors de la plèvre et paraissant « l'avoir effondrée une masse bourgeonnante et sanieuse « de la circonférence d'une pièce de 20 fr. Les rapports « anatomiques ne sont pas modifiés. Des coupes pratiquées en tous sens dans le poumon montrent que ce « dernier a perdu sa structure normale. Dans le centre « du lobe inférieur droit, se trouve un magma ulcéré et saignant avec çà et là quelques îlots purulents, confluents vers une grosse bronche de drainage. Alentour, le tissu pulmonaire est dur, hépatisé dans sa totalité, donnant une grosse impression de résistance à la coupe. La section des tranches apparaît brunâtre. Il ne nous « est pas permis de pousser plus loin l'examen et de re- « chercher l'état des ganglions et du cœur chez un sujet ayant présenté des troubles d'hyposystolie. On se borne « à prélever des fragments anatomiques dans les régions « pathologiques. »

L'examen histologique pratiqué par le professeur Limousin, conclut à un *sarcome lymphoplastique*.

Cette observation de cancer primitif du poumon qu'on a pris longtemps pour une tuberculose pulmonaire doit nous faire reporter à l'opinion de Léon Bernard et Roger Even pour qui « une pneumopathie à allure de tuberculose pulmonaire et qui ne fait pas sa preuve de tuberculose pulmonaire doit nous faire penser à un cancer pulmonaire ».

Les mêmes auteurs notent l'importance des formes cavitaires qui s'observent, disent-ils, dans 25% des cas des cancers du poumon.

Les cavernes nécrosantes, tumorales et paratumorales sont silencieuses, retentissent sur l'état général, déterminent des hémoptysies et donnent un minimum de signes physiques, cliniques et radiologiques. Les cavernes suppurées apanage presque exclusif des cavernes tumorales, sont plutôt bruyantes, altèrent beaucoup l'état général, s'accompagnent outre l'hémoptysie, d'une importante expectoration purulente et se traduisent habituellement par des signes physiques, cliniques et radiologiques.

Cette observation est un exemple de ces formes pseudo-tuberculeuses du cancer primitif du poumon ; de plus, histologiquement, elle nous apporte un exemple de lymphosarcome du poumon.

I. — Les observations sont d'ailleurs nombreuses où le cancer du poumon et la tuberculose pulmonaire se trouvent réunis, soit que le cancer se soit greffé sur une tuberculose pulmonaire ancienne, soit qu'une tuberculose active se soit greffée sur un cancer du poumon. Mais tôt ou tard, au cours des examens de crachats, on découvre des bacilles de Koch, tandis que dans notre observation, à aucun moment, on n'a découvert de B. K.

Dans sa thèse, Huguenin a publié plusieurs observations où le cancer du poumon simulait une tuberculose pulmonaire.

En particulier, celle d'un malade atteint d'épithélioma circonscrit de la face externe du poumon droit (P. 198).

« Un homme de 40 ans, présente un syndrome pulmonaire dont le début remonte à trois mois environ : toux, expectoration souvent sanglante, douleurs thoraciques bilatérales, qu'accompagne un amaigrissement progressif. Avec la température vespérale à 38°, les sueurs nocturnes, l'aspect clinique est celui d'une tuberculose pulmonaire... »

Cependant, au cours d'une intervention exploratrice, on découvre un cancer du poumon droit et l'autopsie conclut à un épithélioma histologiquement malpighien.

Et son observation d'une malade, atteinte d'épithélioma lobaire inférieur gauche, est encore plus caractéristique :

« Une jeune femme de 31 ans entre à l'hôpital parce que, depuis quelques mois (sans qu'on puisse nettement préciser le début), elle tousse, crache, et surtout présente des hémoptysies répétées. Au lendemain de son arrivée, en effet, son crachoir est rempli de crachats de sang rouge vif nettement séparés et l'expectoration est fréquente.

A l'examen du poumon, on constate, au niveau du sommet droit, un foyer de condensation pulmonaire localisé, matité, craquements secs à l'apex, et râles sous-crépitants fins dans toute la fosse sus épineuse... »

Et ce tableau clinique de tuberculose pulmonaire fut confirmé par un examen radiologique chez une malade dont la température irrégulière oscillait entre 37°5 et 39°. La malade mourut au bout de 7 mois et l'autopsie suivie d'examen histologique conclut à un épithélioma du poumon, histologiquement paramalpighien.

II. — L'examen histologique des fragments prélevés au cours de l'autopsie a conclu à un lymphosarcome.

Les lymphosarcomes sont les formes histologiques les plus rares des cancers pulmonaires primitifs. Leur classement a été fait suivant leur répartition géographique, dans le poumon, en 3 groupes : la pachypleurite cancéreuse, appelée tumeur pulmonaire en surface par Roussy et Huguenin, les lymphosarcomes à point de départ médiastinal, et les tumeurs primitives du poumon, proprement dites, dont le point de départ est dans la bronche ou dans l'alvéole.

Ce sont ces tumeurs à petites cellules étudiées par Huguenin qui présentent « cette richesse en petites cellules, cette pauvreté du stroma et cette intensité de la nécrose ». Ménétrier et l'école anglaise en faisaient des sarcomes, sarcomes à petites cellules fusiformes pour Ménétrier, sarcomes en « grains d'avoine » pour les Anglais. Cependant, Huguenin, dans sa thèse et dans une mise au point faite en 1931, nie que ces tumeurs soient des sarcomes, en tant que tumeurs nées du stroma ou des éléments lymphoïdes médiastinaux et péribronchiques, et cet auteur en fait une tumeur à petites cellules, de nature épithéliale.

Roubier, de Lyon, a présenté dans la *Revue de Médecine* de 1925 une observation que nous avons pensé comparer à la nôtre du double point de vue clinique et anatomopathologique.

« Le malade, dont l'histoire clinique est celle d'un tuberculeux, a présenté des signes de densification du poumon gauche, avec à la radioscopie une opacité diffuse, mais plus prononcée dans la région supérieure des troubles fonctionnels (toux, dyspnée) et la localisation des signes physiques au lobe supérieur droit, ont fait adresser ce malade, comme un tuberculeux.

Cependant, à l'examen, on notait un gros foie bombé et des ganglions sus claviaires gauches, qui faisaient porter le diagnostic de cancer du foie. Il s'agissait donc probablement également d'un cancer pulmonaire.

La difficultés était de préciser le point de départ et c'est l'autopsie qui conclut à un lymphosarcome primitif du poumon, venu de la région hilaire, avec métastases, en particulier au foie. »

Faut-il admettre, comme dans l'observation de Roubier, que notre lymphosarcome est un cancer d'origine médiastinale, ou peut-on penser à un cancer à petites cellules d'origine épithéliale ?

C'est ce que n'a pas résolu notre examen histologique, qui, s'il permettait d'affirmer le diagnostic de lymphosarcome, interdisait d'en préciser l'origine.

Et nous pourrions même nous demander si notre cancer du poumon n'était pas secondaire à un sarcome primitif ayant évolué à bas bruit, quelque part dans l'organisme, sans éveiller l'attention du malade et du médecin ; cependant, l'histoire clinique de la maladie nous permet presque à coup sûr de rejeter cette hypothèse et, malgré une autopsie incomplète, nous pensons que cette tumeur est bien un cancer primitif du poumon, probablement d'origine médiastinale, l'épanchement pleural ayant apparu tardivement.

CHAPITRE II

Forme pleurale

Classiquement, il s'agit dans cette forme clinique d'un malade âgé, scléreux pulmonaire, chez lequel sont apparus sans fièvre, sans altération de l'état général, et progressivement : une toux quinteuse et douloureuse, une dyspnée allant croissant, surtout un point de côté superficiel, diffus, à caractère nettement pleurétique.

A l'examen, on trouve par sa matité un épanchement pleural considérable que confirment abolition du murmure vésiculaire et souffle ; mais habituellement l'égophénie et la pectoriloquie manquent.

La ponction exploratrice ramène un liquide séro-fibrineux et assez fréquemment séro-hémorragique laqué. Elle donne parfois l'impression de traverser une carapace pleurale. Le liquide contient des lymphocytes, des polynucléaires, très exceptionnellement des cellules cancéreuses typiques.

Une telle pleurésie fait assez rapidement sa preuve, car 1° la dyspnée persiste, très marquée, malgré l'évacuation du liquide, 2° l'inoculation au cobaye est constamment négative, 3° l'évolution est inexorable, parfois hâtée par l'apparition de signes médiastinaux.

La forme pleurale du cancer primitif du poumon pourra simuler un cancer de la plèvre et le diagnostic différentiel sera d'autant plus difficile que le cancer du poumon peut métastaser à la plèvre. Souvent seule l'autopsie, suivie d'un examen histologique, pourra trancher la question d'origine du cancer.

L'observation que nous publions ci-dessous où les signes d'épanchement et où même les signes de localisation pulmonaire se sont manifestés seulement 20 jours avant la mort est particulièrement significative de la difficulté du diagnostic de cette forme clinique.

Observation personnelle n° 2.

M. K. Y., 46 ans, cultivateur, ancien mineur.

Le malade entre à l'Hôtel-Dieu (service du docteur Ackerman) pour rhumatismes le 12 novembre 1940. Depuis avril 1940, il ressent une douleur localisée au niveau de l'articulation de la hanche gauche. Le malade signale également quelques douleurs lombaires, un amaigrissement notable ; *légère température* le soir.

Antécédents héréditaires : père mort à 64 ans d'une hémoptysie.

Antécédents personnels : rien à signaler.

A l'examen, douleurs le long du trajet du sciatique gauche. Signe de Lasègue et signe de Bonnet. Amyotrophie : 1 cm de différence entre les deux cuisses.

Réflexes normaux.

Appareil cardio-vasculaire normal. T. A. : 12-6,5.

Appareil pulmonaire : inspection, palpation, percussion, auscultation, normales.

Appareil digestif : normal.

Appareil urinaire : miction normale, urines claires, pas de sucre, pas d'albumine. Toucher rectal, rien à signaler.

Radiographie : une radiographie du bassin pratiquée le 13-11-40 montre une articulation coxofémorale gauche sensiblement normale.

Le malade quitte le service, amélioré, mais ses douleurs s'étant accrues, il revient, après une absence d'un mois. Son amaigrissement s'est accentué, l'amyotrophie de la cuisse gauche accuse une différence de 4 cm. avec la cuisse droite et une radiographie du bassin, faite le 15 avril 1941, montre que :

Le tiers inférieur de la tête fémorale gauche semble nettement grignotée, résorbé, lacunaire, suivant un contour plan polycyclique qui a remplacé le contour normal de l'os à ce niveau. Le processus destructif ostéolytique a seulement intéressé la tête du fémur à l'exclusion de la cavité cotyloïde.

— *Le* 17 *avril* 1941, un examen de sang donne : numération leucocytaire : 6.400 ; sédimentation globulaire : 23 mm.

— Appareil respiratoire : auscultation, percussion, palpation normales.

On porte le diagnostic d'ostéoarthrite de la hanche gauche et en plus de la thérapeutique analgésique, on commence un traitement au thiosulfate d'or.

Cependant, l'état général du malade semble s'aggraver. Celui-ci se lève régulièrement tous les après-midi, mais est pâle et asthénique. Au début de mai, seulement, il commence à se plaindre de douleurs intercostales, de point de côté mal localisé, ou à localisation variable. Toux, mais peu importante. A l'auscultation, rien d'anormal.

Mais *le* 22 *mai*, une radioscopie montre un épanchement liquide de la base gauche.

Radio n° 2

Le 24 *mai*, matité de la base gauche, obscurité respiratoire de la région. Une ponction exploratrice ramène un liquide jaune citrin à réaction de Rivalta positive.

Le 26 *mai*, une radiographie pulmonaire montre (voir radio n° 2) un assombrissement homogène, dense, massif, de tout l'hémithorax gauche, à l'exception de l'extrême région inféro-externe du poumon ; le sinus costo-diaphragmatique étant de ce fait largement dégagé.

On porte le diagnostic de pleurésie et on établit un rapport entre cette pleurésie et l'ostéoarthrite de la hanche dont on fait une ostéoarthrite tuberculeuse.

L'état général du malade est stationnaire, sa température se maintient entre 37°5 et 38°, quand, le 11 *juin* 1941, il présente brusquement au cours de la nuit un accès de dyspnée qui résiste à tous les sédatifs et les toni-cardiaques, et le 12 au matin, le malade meurt avec des signes d'asphyxie et de cyanose.

L'AUTOPSIE faite le 13 juin 1941 par le professeur Géry nous donne les renseignements suivants :

Nécropsie, 34 heures postmortem — homme d'âge mûr, de grande taille, normalement constitué, maigre, ni œdème, ni escarre, pas de tâches vertes, face pâle, yeux sans particularité.

Hauteur du diaphragme : 5e côte à droite ; à gauche, coupole diaphragmatique retournée débordant le rebord costal de 2 travers de doigt, élastique.

Plèvre gauche : très grand épanchement ; 1 l., 5 à 2 litres de liquide, limpide et clair occupant la plèvre diaphragmatique et la grande cavité en suivant à peu près la 4e côte. Au-dessus de la 4e côte, symphyse totale. Plèvre droite : une seule adhérence près du bord postérieur, partie moyenne. 100 cm^3 de liquide séro-fibrineux comme à gauche. *Péricarde* : petit excès de liquide séreux, limpide ; pas d'adhérence ; plusieurs taches sur la face antérieure et la face postérieure.

Cœur : un peu gros, arrêté en systole, la pointe à gauche ; forme un peu élargie transversalement, valvules sans particularité ; cavités droites et ventricule gauche légèrement dilatés. Oreillette gauche : *une tumeur, emplissant les veines pulmonaires vient faire une saillie large comme deux francs, irrégulière et occupant l'oreillette.* Œsophage : sans particularité, aorte souple et élastique.

Corps thyroïde : *le lobe droit est farci de masses blanchâtres* souvent disposées en petits noyaux, gros comme des lentilles ou des pois, plus ou moins confluents. Leur ensemble n'augmente que très peu le volume total de la glande ; lobe gauche sans particularité. *Dans tout le*

médiastin, mais surtout dans le groupe susbronchique droit, *adénopathie volumineuse qui semble bien être cancéreuse.*

Poumon droit : 1.195 gr. Anthracose très marquée, mais sans sclérose appréciable, congestion œdémateuse diffuse, aucune lésion en foyer, ni tuberculeuse ni autre. *Poumon gauche* : 1.665 gr. Anthracose comme à droite. Moitié inférieure manquant d'élasticité, exagérément collabée. A la partie inférieure du lobe supérieur, en avant, *bloc ferme, un peu irrégulier,* de consistance dure, moins gros que le poing, à quelque distance du hile *une branche de la bronche supérieure est comblée par une végétation blanchâtre manifestement cancéreuse.* Des digestions blanchâtres très irrégulières entourent cette bronche et ses ramifications et on trouve au-delà *jusqu'à la plèvre* des noyaux blanchâtres encéphaloïdes à contours très irréguliers. Il semble que les noyaux augmentent de taille à mesure qu'on s'approche de la plèvre. Toute la région du sommet au-dessus de la bronche cancéreuse présente un gros œdème fortement louche, mais non suppuré. Au dessous du cancer, beaucoup de bronches sont remplies par du mucus concentré gélatiniforme à peu près transparent.

Reins, surrénales, uretères, rate, prostate, testicules, estomac, duodénum, voies biliaires, vésicule : sans particularité.

Foie. — 2.000 grammes, un peu gros, régulier, sans adhérence.

Un noyau métastatique nettement ombiliqué à la partie moyenne de la face antérieure, à la taille d'une noix ; à la coupe, consistance normale du foie, un peu de congestion, exagération du dossier lobulaire. Pas d'autre noyau que celui trouvé à la surface.

L'examen histologique des fragments prélevés sur les diverses tumeurs fait le 14 juin 1941 par le professeur Géry nous donne : *épithélioma* très atypique avec quelques vagues ébauches de métaplasie malpighienne. Il serait donc d'origine bronchique, ce qui concorde bien avec sa disposition topographique ; il épaissit la muqueuse bronchique jusqu'à oblitérer la lumière, il envahit très activement en dehors de la bronche en donnant de très nombreuses lymphangites cancéreuses. De plus, comme on l'avait vu à l'autopsie, il y a des veines pulmonaires complètement remplies de cancer.

On se trouvait donc en face d'un cancer primitif du poumon ayant évolué à bas bruit, toute la scène clinique étant occupée par l'ostéoarthrite de la hanche et c'est seulement 20 jours avant l'exitus, que ce cancer s'est manifesté par une importante pleurésie gauche.

Nous noterons dans la forme pleurale du cancer primitif du poumon ainsi d'ailleurs que dans le cancer de la plèvre la rapidité avec laquelle se reforme le liquide pleural évacué par ponction exploratrice. Cette ponction n'apporte aucun soulagement au malade.

Les auteurs ont particulièrement attiré l'attention sur la fréquence des manifestations pleurales du cancer primitif du poumon. Ces manifestations sont précoces pour les cancers en surface et tardives pour les autres.

Parmi les sept observations de formes pleurales de cancer primitif du poumon publiées par Huguenin dans sa thèse, signalons son observation d'épithélioma circonscrit du lobe moyen du poumon droit, qui lui a été révélé par une pleurésie (Thèse d'Huguenin, p. 272).

« Le 31 janvier 1927, entre à l'hôpital un homme de 62 ans tonnelier. Rien d'intéressant dans ses antécédents ; pas de syphilis ; un médecin avait parlé, il y a des années de cela, d'emphysème.

Le 20 décembre 1926, le malade est pris brusquement d'un point de côté de la base droite, d'une dyspnée assez marquée, de quintes de toux qui ramènent une expectoration rosée, d'une fièvre à 38°, d'un malaise général accompagné d'anorexie : l'ensemble de ce tableau fait porter à ce moment le diagnostic de pleurésie tuberculeuse, avec lésion parenchymateuse. »

On voit tout de suite la différence avec l'observation que nous publions. Chez notre malade, la pleurésie ne s'est manifestée qu'à une période très tardive, et n'a présenté aucun signe pulmonaire, pouvant diriger l'attention vers un cancer pulmonaire.

De plus, Huguenin note pour son malade :

« Le 3 février, la dyspnée et la cyanose sont si intense qu'on enlève 1100 centimètres cubes de liquide sérofibrineux. La dyspnée, un moment calmée, reparaît vite. Le 9, dans un but d'examen radioscopique, on vide à fond la plèvre droite : on retire 2 litres et demie de liquide, cette fois sérohémorragique... »

Donc, comme les auteurs l'ont toujours noté et comme, dans notre observation, la ponction n'apporte pas de soulagement au malade et le liquide se reforme vite. Mais

Huguenin a noté, comme c'est le plus fréquent, la formation d'un liquide pleurétique sérohémorragique, alors que chez notre malade, même à l'autopsie, l'épanchement pleural a été sérofibrineux.

Mais, le gros intérêt de cette observation, c'est qu'à l'autopsie, on a trouvé : « une tumeur purement pulmonaire, séparée de la plèvre... », alors que dans notre cas, on trouve jusqu'à la plèvre des noyaux blanchâtres et encéphaloïdes, qui augmentent de taille au fur et à mesure qu'on se rapproche de la plèvre.

Notre observation est donc une forme *pleurale* vraie, d'épithélioma du poumon, et l'observation d'Huguenin est un exemple de ces formes *pleurétiques* (et non pleurales) où l'épanchement est indépendant de toute propagation de la tumeur à la plèvre.

CHAPITRE III

FORME PSEUDO KYSTIQUE

Observation personnelle n° 3.

Mlle S, 49 ans, non mariée, pas d'enfant.

Entre le 26 septembre 1938 à l'hôpital sanatorium Sabourin (service du docteur Renard).

Au mois d'août 1939, la malade présente un point de côté extrêmement violent et un grand frisson pendant quelques heures ; la température à ce moment n'a pas été prise. Le lendemain, la malade, cependant très fatiguée, a repris son activité. Depuis elle présente une asthénie marquée, un amaigrissement de 5 kg. Anorexie et insomnie. Trois semaines après ce début, de plus en plus fatiguée, la malade se décide à consulter un médecin qui lui fait procéder à un examen de crachats et à une radioscopie pulmonaire. L'examen de crachats s'est montré négatif ; mais on lui conseille d'entrer à l'hôpital sanatorium Sabourin pour y être mise en observation.

Antécédents héréditaires : Mère morte tuberculeuse à 39 ans. Père mort accidentellement.

Antécédents collatéraux : son frère a fait une congestion pulmonaire.

Antécédents personnels : lupus mal soigné depuis l'âge de 10 ans — fièvre thyphoïde à 10 ans avec surdité bilatérale consécutive — grippe, bronchite tous les hivers — asthme depuis une dizaine d'année.

Examen.

Signes fonctionnels — appétit revenu depuis son entrée — forces légèrement diminuées — sommeil léger mais bon — digestions bonnes — menstruation : ménopausée à 42 ans.

Température : oscillant autour de 38°. A noter un crochet thermique de 39°5.

Pouls : 100.

Dyspnée encore appréciable, plus de point de côté — toux moins fréquente, expectoration muco-purulente, pas d'hémoptysie -- enrouement depuis le début de la maladie.

Poids : 59 kg. 500. Taille : 1 m. 60.

Radio n° 3

Appareil circulatoire : cœur normal, tension artérielle : 16-8.

Appareil digestif, urinaire : normaux.

Appareil génital : pertes blanches, puis louches depuis la ménopause.

Œdèmes : après fatigue, actuellement pas de signe du godet.

Début de cataracte œil droit.

Examens divers : urine, ni sucre ni albumine, réaction de Bordet-Wasserman négative, cuti-réaction à la tuberculine positive, examen de crachats, pas de bacilles de Koch.

Appareil pulmonaire. — Râles bronchiques dans le champ pulmonaire droit — râles fins à la base droite sur la ligne axillaire — sonorité normale.

Radiographie. Une radiographie pulmonaire pratiquée le 30 septembre 1939 nous donne ; présence d'une ombre massive, homogène, en forme de grosse boule, située à la base du poumon droit et en occupant la partie postérieure, le contour postérieur arrivant presquent tangent au thorax et le contour supérieur, sont flous et imprécis. On peut penser à une image de kyste hydatique ou à un cancer primitif du poumon (voir radio n° 3).

Evolution de la maladie.

Le 16 septembre 1939, poids : 60 kg. A la radioscopie, la tumeur semble grossir, pas d'adhérences à la base, température centrée autour de 38, régulière, dyspnée moins forte.

Le 1er novembre 1939, poids, 58 kg. A la radioscopie, la tumeur s'élargit en son centre et dans sa partie externe, râles bronchiques à ce niveau, température en baisse, douleurs à la base droite — diarrhée.

Le 23 novembre 1939, poids : 58 kg. 700 — une radiographie montre que la tumeur a grossi et présente une image hydroaérique dans sa partie supéro-externe. Le liquide est mobile, il siège bien dans la tumeur ; la malade ne crache pas, température : 38°.

Une *ponction* est faite sur la ligne axillaire, à la hauteur du sommet de la masse arrondie. On traverse facilement la paroi de la tumeur qui offre peu de résistance. Un liquide jaune marron, filant, s'échappe en gouttes pressées de l'aiguille. *L'examen cyto-bactériologique*, nous donne : cytologie, réaction à polynucléaires, quelques hématies, *présence de rares cellules néoplasiques* — bactériologie, pas de germes à l'examen direct — culture négative — pas de B. K.

Cet examen complète les résultats de la radiographie du 30 septembre 1940 et on porte le diagnostic de *cancer primitif du poumon à forme pseudo kystique.*

Le 26 décembre 1939, poids : 58 kg 500. A la radioscopie, rien de nouveau. Température en hausse.

Le 15 janvier 1940, poids : 58 kg 700. Le cancer a augmenté de volume, on ne note plus de niveau hydro-aérique.

Le 30 janvier 1940, poids : 58 kg 500. La malade fait une embolie cérébrale, probablement de nature néoplasique. Parésie gauche, sans paralysie faciale et le 1er mars 1940, elle est emmenée chez elle présentant une paralysie gauche complète, des troubles sphinctériens et un état d'obnubilation complet. *Elle meurt* à son domicile quelques jours plus tard.

Les publications consacrées à ces formes pseudokystiques sont nombreuses et il arrive assez fréquemment qu'une ponction, ou une intervention exploratrice fasse le diagnostic.

Prenons encore deux exemples dans la thèse d'Huguenin (P. 204 et 208) :

1° « M. K., 58 ans, médecin, habite la Syrie depuis de nombreuses années ; voici six mois qu'il tousse beaucoup...

A l'examen physique, un syndrome cavitaire à droite, au-dessus du hile, avec souffle et gros râles humides ; gargouillement à l'auscultation. L'examen des crachats ne montre, ni bacilles de Koch, ni amibes. Mais, par contre, il existe dans le sang une notable éosinophilie (5%). Aussi, devant ces signes, et bien qu'il n'y ait pas d'histoire nette de rejet de membranes hydatiques dans l'expectoration, on accepte volontiers le diagnostic du malade qui se croit atteint de kyste hydatique du poumon droit...

Cependant, au cours d'une intervention exploratrice : « ... On tombe sur une cavité grande comme un œuf de poule, qui contient des dépôts bigarrés, grisâtres, mais rien qui rappelle une membrane hydatique. Le diagnostic de néoplasie est certain. »

Et l'examen histologique conclut à l'existence d'un épithélioma franchement malpighien, spinocellulaire.

2° « Mme X., 44 ans, présente fin 1925 des poussées thermiques accompagnées de sueurs abondantes la nuit. Apparaît, en outre, une fatigue progressive et bientôt des douleurs lombaires violentes.

Au début de février 1926, une radiographie montre une ombre presque ronde qui se confond en bas avec le diaphragme.

Et en présence de ce tableau, on pense à la possibilité d'un kyste hydatique...

Cependant, devant l'existence d'une fièvre oscillante, on pense qu'il y a du pus et on pose le diagnostic d'abcès, qui commande un drainage. Et au cours de l'intervention, un peu de pus prélevé à la pipette donne à l'examen le diagnostic de néoplasie, que vint d'ailleurs confirmer l'évolution.

Voilà donc deux exemples de cancers pulmonaires à forme pseudokystique, où une intervention exploratrice suivie d'examen cytologique a fait le diagnostic de néoplasie.

C'est donc dire que l'examen cytobactériologique ne saurait être négligé.

Une ponction pleurale a pu également ramener des cellules néoplasiques caractéristiques si elles sont groupées en amas, et enfin un examen de crachats, après inclusion en paraffine du culot de centrifugation (Morin) peut lui aussi être révélateur.

CONCLUSIONS

(1) Le cancer primitif du poumon peut présenter un aspect tel qu'on ne fasse le diagnostic que tardivement, en raison de la multiplicité et de la diversité de ses formes cliniques.

Il peut évoluer lentement et progressivement, ou bien se manifester brusquement, sans qu'aucun signe ne lui soit propre.

(2) Le diagnostic précoce du cancer primitif du poumon, le seul intéressant au point de vue thérapeutique, est très difficile à faire, par les seuls moyens cliniques et radiologiques.

Les seuls éléments communs à nos observations sont la température subfébrile, oscillant entre 37°5 et 38°5, et cela en dehors de tout épisode infectieux surajouté. Huguenin note ce fait : « Plus précoce est la fièvre, fréquente, soit autour de 38°, mais sans qu'il y ait infection surajoutée, soit plus élevée, et alors oscillante lorsqu'il y a suppuration ».

De plus, nous avons noté un amaigrissement, faible, très différent de l'amaigrissement massif, pathognomonique des autres localisations cancéreuses. Remarquons également que le poids perdu par le malade peut être repris momentanément à la suite du repos et de la suralimentation. Le teint jaune paille, habituel aux cancéreux, fait ici défaut.

Ces éléments d'un diagnostic précoce sont malheureusement bien insuffisants et on comprend l'intérêt que le clinicien portera à la bronchoscopie d'une importance telle que Laumonier et Le Lourd ont pu dire que « le problème du diagnostic précoce du cancer bronchique est avant tout une question de bronchoscopie ».

De même l'examen lipiodolé que Huguenin et Delarue ont appelé une « véritable bronchoscopie radiographique » ne saurait être négligé.

Enfin, on conçoit tout l'intérêt que présenterait le diagnostic biologique du cancer.

(3) Le plus souvent, les cancers primitifs du poumon sont des tumeurs unilatérales. Notre observation n° 2 en est un exemple caractéristique. A l'autopsie, malgré la présence de multiples métastases, hépatiques, thyroïdiennes, etc..., nous avons noté l'absence de toute atteinte du poumon droit.

Et aujourd'hui où la lobectomie et la pneumectomie sont devenues des opérations plus courantes, on voit l'importance que présente l'unilatéralité de ces tumeurs.

Et maintenant que l'Américain Overholt a pu affirmer que 50 % de ses malades atteints de cancer primitif du poumon, et opérés, ont eu des survies de 5 à 6 ans, on conçoit l'intérêt qu'il y a pour le médecin à faire précocement le diagnostic de cancer primitif du poumon.

I. — BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE

ALLEN. — Un cas de cancer primitif du poumon. (*The Journal of Thoracic surgery*, février 1935).

ARNEUILLE et LEMOINE. — Cancer et abcès du poumon. (*Paris Médical*, 18 février 1939).

M. ARIAS SCHREIBER et V. TEJADA. — Sobre un caso de cancer primitivo del poumon. (*Rev. mod. pernana.* 10 : 55-71, février 1938).

BALLET. — Contribution à l'étude du cancer primitif du poumon. (*Thèse* de Lyon, 1910).

BARBIER et JEANNIN. — Néoplasme pleural probablement primitif à épanchement tardivement hémorragique. (*Lyon Médical*, 1926, p. 189).

BOUJON. — Etude clinique et radiologique du cancer médiastino-pleuro-pulmonaire. (*Journal de radiologie*, juin 1921 et *Lyon Médical*, 1921).

G. BECCHINI. — Studio intema di cancerologia polmonare primitiva. (*Poloclinico*, 42 : 89-III, février 1935).

Léon BERNARD et Roger EVEN. — Cavernes et cancer du poumon. (*Annales de Médecine*, mars 1937, n° 3).

L. BERKESY. — Uber primaren lungenkrebs (an der hand von 24 Fallen. (*Wien arch. f. Inn. Med.* 29 : 331-352, 1936).

BERNARD, DELATTRE, GAMELIN et SACRE. — Cancer primitif massif du poumon gauche à forme de spléno-pneumonie. (*Société Médicale et anatomo-clinique de Lille*, séance du 9-4-1935, in *Journal des Sciences Médicales de Lille*, 21-7-1935).

BERNARD, DELATTRE, GAMELIN et SACRE. — Cancer primitif massif du poumon gauche à forme de spléno-pneumonie. (*Journal des Sciences Médicales de Lille*, n° 32, 11-8-1935).

BONNAMOUR, DOUBROW et DELORE. — De la pachypleurite cancéreuse. (*Lyon Médical*, 1929, p. 363).

BONNAMOUR et CARNET. — Le cancer du poumon à globes cornés avec kyste hydatique du foie. (*Lyon Médical*, 1923, p. 506).

BONNAMOUR. — Cancer primitif du poumon à forme pseudo pleurétique chez une vieille femme de 80 ans. (*Lyon Médical*, 1921, p. 310).

BOUCUT et BARBIER. — Cancer primitif du poumon à forme cavitaire. (*Lyon Médical*, 1924).

O.-A. BRINES. — Primary carcinoma of lungs. (*J. Michigan M. Soc.*, 36, 468-469, july, 1937).

BROUSSOLLE. — Lymphosarcome médiastino pulmonaire. (*Thèse* de Lyon, 1924).

Burlats. — Formes suppuratives et formes cavitaires du cancer primitif du poumon. (*Thèse* de Lyon, 1928).

Burnaud. — La symptomatologie d'emprunt des cancers pulmonaires. (*Revue Médicale de la Suisse Romande*, 25 janvier 1940).

Cade et Bonabe. — Cancer pulmonaire à forme hilaire. (*Lyon Médical*, 1922).

Cade et Pallasse. — Cancer du hile du poumon gauche. (*Lyon Médical*, 1907, p. 667).

G. Cardelle, F. Sala Painsello, R. Pereiras et Carbonell Salazar. — Cancer primitivo del polmon. (*Arch. de Med. Inf.*, 5, 351-375, octobre-décembre 1936).

G.-A. Cochran. — Primary carcinoma of lung. (*Utah State M. Bull.* 2, 668, july 1936).

Collet. — Cancer primitif de la plèvre. (*Thèse* de Lyon, 1913-1914).

Dalou et Favre. — Société Médicale, 12 juin 1936. Cancer du poumon ayant simulé une tuberculose pulmonaire et accompagné de manifestations ostéoarticulaires. Diagnostic par une biopsie d'un nodule cutané.

Dargent. — La chirurgie du cancer broncho-pulmonaire primitif. (*Thèse* de Lyon, mai 1936).

Duval, Huguenin et Poirier. — Les indications de la thérapeutique chirurgicale dans le cancer primitif du poumon. (*Bulletin de l'Association Française pour l'étude du cancer*, février 1936, n° 2).

Dublin. — Statistiques de la mortalité par cancer. (*Amer. Journal Cancer*, avril 1937).

A. Fabris. — L'epitelioma primitivo del polmone. (*Tumori*, II, 19-83, 1937).

Faure, Kuentz et Mattei. — Un cas probable de cancer primitif du poumon à formes d'abcès. (*Journal de Médecine de Paris*, n° 30 29-7-37).

B. Fischer-Wasels. — Das primare Lungen carcinom. (*Acta Union Intern. contre cancer*, 3, 140-151, 1938).

L. Frissel et L.-C. Knox. — Primary carcinoma of lungs. (*Am. J. Cancer*, 30, 219-288, june 1937).

Frydrych. — Les causes du cancer primitif du poumon. (*Polska Gazeta Lekarska*, 4-12-1938, p. 1006).

Frydrych. — Cancer primitif du poumon *(suite)*. (*Polska Gazeta Lekarska*, 11-12-1938, p. 1035).

Garel. — Cancer du hile du poumon. (*Lyon Médical*, 1907).

Gayet et Naussac. — Deux cas de cancer primitif du poumon dans une caverne tuberculeuse. (*Lyon Médical*, 1931, t. II, p. 648).

Glorie, Ionescu et Augustin Muresanu. — Trois cas de carcinome primitif du poumon chez l'adulte, dont deux à métastases cérébrales et un dans les corps vertébraux. (*Bull. et mém. de la Société Médicale des Hôpitaux de Bucarest*, n° 1, janvier 1940).

Graham. — Cancer primitif du poumon ou des bronches. (*Annals of Surgery*, vol. 103, n° 1, janvier 1936).

Graham, Singer et Ballon. — Affections chirurgicales du thorax. *(Lea et Febiger.* Philadelphie, 1935.*)*

Guezennec. — Contribution à l'étude clinique du cancer primitif du poumon à symptomatologie pleurale. (*Thèse de* Paris, 1940).

M. Guzman Rodriguez. — Cancer primitivo del pulmon. (*Bol. assoc. med. de Puento Rico*, 30, 56-63, février 1938).

HAUTEFEUILLE. — Cancer primitif du poumon à évolution rapide. (*La Gazette Médicale de Picardie*, n° 124, février 1934).

HAUTEFEUILLE et MARESSELLE. — Un cas de cancer primitif du poumon. (*Gaz. Méd. de Picardie*, n° 127, mai 1934).

HAUTEFEUILLE, BERNARD et LOURDEL. — Le cancer du poumon (primitif) (*Clinique*, Paris, 31, 215-218, décembre 1936).

W.-H. HIGGINS. — Medical aspects of primary neoplasma of lung-Analysis of 30 cases. (*Virginia M. Monthly*, 67, 363-367, june 1940).

R. HUGUENIN. — Cancer primitif du poumon. (*Thèse* de Paris, 1928).

R. HUGUENIN. — Cancer primitif du poumon. (*Les Fiches de pratique médicale*, octobre 1939).

J. JACQUET. — Contribution à l'étude de la forme nécrosante et suppurée du cancer primitif du poumon. (*Thèse* de Nancy, 1939).

C.-H. KELLEY. — Primary carcinoma of lung : report of 2 cases (*Radiology* 35, 61-64, july 1940).

G.C. KENNING. — Primary carcinoma of lung. (*J. Michigan M. Soc.* 36 ; *J. Michigan M. Soc.* 36, 466-468, july 1937).

A. KLING, N. SAMSSONOW et M^me^ M. HEROS. — Les huiles légères de goudron et de houille constituent un facteur étiologique du cancer du poumon. (*Bull. de l'Acad. de Méd*, séance du 26-4-38, t. 119, n° 16, p. 439).

A. KLING, N. SAMSSONOW et M^me^ M. HEROS. — Des rapports éventuels entre le goudronnage des routes et chaussées et la recrudescence de fréquence des cancers primitifs du poumon. (*Bull. de l'Acad. de Méd.*, séance du 6-6-39, p. 784, t. 121, n° 21).

M.-O. KLOTZ. — Lungs primary carcinoma. (*Am. J. M. Sc.*, 196, 436-454, septembre 1938).

KOUKEL. — Sarcome primitif du poumon. (*Vestnik Chirurgii imeni Grekova*, t. 55, n° 6, 1938).

S. KURODA et K. KAWAHATA. — Uber die Klinische Beobachtung des primaren Lungen-Krebses bei einer Stahlfabrik. (*Jap. J.M. sc.* VIII, *int. med. med. et psychiat.*, 5, 41-43, décembre 1938).

LAMBEA. — Autre cas de carcinome primitif du poumon. (*La Medicina Ibera*, 10-8-1935, p. 165).

LAMBRET. — Pneumectomie totale pour cancer du poumon gauche. (*Académie de Chirurgie*, 12 juin 1935).

LAMBRET, MALATRAY et DRISSIENS. — La chirurgie du cancer du poumon. Masson et C°, éditeurs, Paris 1936.

O. LAMBRET et L. LEMAITRE. — Cancer primitif du poumon. (*L'Europe Médicale*, n° 5, 25-9-1938, p. 28).

Jacques LECŒUR. — Le cancer primitif du poumon. (*Le Phare Médical*, n° 201, décembre 1939).

P. LAUMONIER et LE LOURD. — A propos du diagnostic précoce du cancer pulmonaire primitif. (*Presse Médicale*, n° 52, 17 juin 1941).

LE SUEUR G. — *Gazette des Hôpitaux*, n° 10, 2-2-36.

LE SUEUR G. — Cancer primitif du poumon (S. et D.). (*Gaz. des Hôp.*, n° 12, 9-2-38).

J.-J. LLAMBES. — Carcinoma primitivo del pulmon (forma esofagica) (*Bol. liga contra el cancer*, 14, 295-301, oct. 1939).

LONGY. — Le cancer médiastino pulmonaire. (*Thèse* Lyon, 1921).

A. LUNKEVICH. — Primary cancer of lungs. (*Probl. tuberk.*, n° 1, p. 103-109, 1938).

MARCHAL. — Cancer primitif du poumon. (*Archivos de medicina cirurgia y es ecialidades*, 15-10-1935, p. 664).

MARTIN et COHAT. — *Journal de Médecine de Lyon*, 1921, p. 1044.

MAVILLE. — Diagnostic du cancer du poumon associé à une tuberculose pulmonaire. (*Revue de la Suisse Romande*, 25 juillet 1938).

J.-E. MILLIAN GUTIERREZ. — Cancer primitivo del pulmon. (*Rev. fac. de med. de Bogota*, 6, 428-431, février 1938).

R. MONOD et BOUNIOT. — Les pneumectomies. Rapport au Congrès Français de chirurgie, Paris, octobre 1936.

R. MONOD. — Remarques sur le traitement chirurgical du cancer du poumon, à propos de deux cas opérés. (*Académie de chirurgie*, 7 décembre 1938).

MONTIGUE. — La pachypleurite cancéreuse massive. (*Thèse* de Lyon, 1923, p. 409).

OVERHOLT. — Cancer primitif du poumon. (*The American Journal of Surgery*, n° 2, novembre 1933).

OVERHOLT. — Curabilité du cancer primitif du poumon. (*Surg. Gyn. Obst. Février* 1940).

OVERHOLT et RAMEL. — Etude clinique de cancer primitif du poumon. (*Journ. of Amer. Med. assoc.*, mars 1940).

OVERHOLT et RAMEL. — Etudes cliniques du carcinoma primitif du poumon : analyse de soixante-quinze cas dont vingt-un furent traités par pneumectomie ou lobectomie. (*J.A.M.A.*, vol. 114, n° 9, 2-3-1940, p. 735, in *Presse Médicale*, 24-27-4-1940, n° 38-39, p. 38).

PALLASSE et THÉVENOT. — Cancer épithélial à évolution lente simulant une pleurésie enkystée et terminée par une mort subite. (*Lyon Médical*, 1911).

PALLASSE et ROUBIER. — Les tumeurs primitives de la plèvre. (*Annales de Médecine*, 1916, p. 243).

PALLASSE et VIAL. — Tumeur intrathoracique. Lymphosarcome du médiastin. (*Lyon Médical*, 1933, t. II, p. 716).

PALLASSE et Mlle LAMBERT. — Cancer pleuro pulmonaire. (*Lyon Médical*, 1928, p. 292).

PALLASSE et DEPEIGNES. — Tuberculose et cancer du poumon, syphylis concommitante. (*Lyon Médical*, 1926).

PALLIARD et DECHAUME. — Cancer primitif du poumon. (*Journal de Médecine de Lyon*, 1923, p. 409).

Antonio PANAGIA. — Cancer primitif du poumon à forme hystique. (*Arch. médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire*, t. IX, n° 1934, p. 309).

D.-A. PASSANANTE. — Las formas clinicas del cancer primitivo del pulmon. (*An. Inst. modelo de clin. med.*, 19, 174-248, 1938).

PAUCHARD. — Les cancers suppurés du poumon. (*Thèse* de Paris, 1935).

R. PEROMET. — Le cancer primitif du poumon peut-il être à l'origine d'une cavité kystique. (*Le Scalpel*, 18-11-39, n° 46, p. 1510).

E. PEKELIS. — Considérations sur les épithéliomas primitifs du poumon. (*Archives de médecine générale et coloniale*, n° 9, 1934).

Marcel PERRAULT. — Sur le cancer primitif du poumon. (*Le Progrès Médical*, n° 21-46, 9-11-1940).

C. PICCHIO et M.-S. GIACOMAZZI. — Sopra un caso di tumore primitivo polmonare a sindrome cavitaria. (*Gior. veneto di sc. med.*, 14, 67-85, février 1940).

R. Pilot. — Le cancer primitif du poumon. (*Thèse* de Lyon, 1927).

Poujet. — Cancer pleuro pulmonaire (inspiré par Croissier de Saint-Etienne. *Thèse* de Lyon, 1927).

J. Rabinovitch, L.-A. Hochberg et M. Lederer. — Primary bronchiogenic carcinoma of lung with histopathologic study of 40 neo sies. (*J. Thoracic surg.*, 9, 332, 344, février 1940).

A. Reyes. — El cancer primitivo del pulmon. (*Rev. med. latino-an*, 25, 733, april 843, mai 1940).

Rieux et Savy. — Un cas de cancer primitif du poumon avec pleurésie hémorragique et métastase encéphalique. (*Archives Génér. de Médecine*, 1909, p. 805).

Rist, Monod et Jacquet. — Guérison opératoire d'un cancer du poumon enlevé par lobectomie. (*Académie de chirurgie*, 28 octobre 1936).

E. Rist et F. Baclesse. — Cancer primitif ou cancer métastasique du poumon. (*Bull. et mém. de la Société Méd. des Hôpitaux de Paris*, n° 28, 29, 30, 31, 32, 24-9-1940).

J.-E.-H. Roberts. — Primary carcinoma of lung. (*M. Press.*, 203, 88-91, janv. 31, 1940).

P.-D. Rosahn. — Incidence of primary carcinoma of lung ; review of Yale autopsy prococols, 1917, to 1937. (*Arch. path.* 29, 649-664, may 1940).

Rothberger. — Contribution à l'étude démographique, étiologique et pathogénique du cancer primitif du poumon. (*Thèse* de Nancy, 1937-38).

Roubier et Bachelard. — Cancer du hile du poumon. (*Soc. Méd. des Hôp. de Lyon, Lyon Médical*, 29 mars 1914).

Roubier et Brette. — Cancer primitif du poumon avec généralisation médiastinale et pancréatique. (*Lyon Médical*, Lyon 1920, n° 1).

Roubier et Milhaud. — Cancer primitif du poumon pris pour un abcès sous-phrénique. (*Lyon Médical*, janv. 1922).

Roubier. — Lympho-sarcome médiastino-pulmonaire. *Rev. de Méd.*, 1925, p. 587).

Roubier et Valléry. — Cancer médiastino-pulmonaire. (*Lyon Médical*, juin 1926).

Roubier et Langenieux. — Cancer primitif du poumon à forme cavitaire. (*Lyon Médical*, juin 1928).

Roubier. — Le cancer cavitaire du poumon. (*Journal de Médecine de Lyon*, octobre 5-1929).

Roubier et Mlle Guillemin. — Cancer primitif du poumon diagnostiqué par l'examen d'un ganglion sus-claviculaire et associé à des lésions tuberculeuses du même poumon. (*Lyon Médical*, décembre 1927).

H. Sabah et R. Azme. — Un cas de cancer pulmonaire primitif. (*Rev. prat. des maladies des pays chauds*, 17, 271-275, june 1937).

Santy, Bouniot, Coujod et Berard. — Lobectomie et pneumectomie pour néoplasmes broncho-pulmonaires. (*Lyon Médical*, 26 avril 1936, 3 mai 1936).

Sempe. — Une observation de cancer primitif du poumon chez un syphilitique. (*Paris Médical*, n° 19, 8-5-1937, 1, 414-417).

E. Sergent, F. Bordet et M. Racine. — Diagnostic précoce du cancer primitif du poumon. (*Monde Médical*, n° 908, 15 décembre 1937).

Emile Sergent, M. Fourestier, J. Paillas. — Les manifestations pleurales du cancer primitif du poumon. (*J. Méd. et Chir. prat.*, 108, 561-574, novembre 17, 1937).

SERGENT, KOURILSKY, TURIAL et PAUCHARD. — Cancers primitifs suppurés du poumon. (*Presse Médicale*, 12 novembre 1936).

E. SERGENT, R. MIGNOT et H. DURAND. — Les formes pseudo-tuberculeuses du cancer primitif du poumon. (*Paris Médical*, n° 1, 7-1-1933).

SERGENT. — Suppurations bronchiques pulmonaires, pleurales, médiastinales. (Masson et C^ie^, éditeurs, Paris, 1940).

J. TAPIE, BAUDOT et ARMENGAU. — Cancer primitif du poumon ; cancer secondaire du poumon opposé et du foie. (*Société anatomo-clinique de Toulouse*, séance du 11-2-1939, in *Toulouse Médical*, 1-5-1939, n° 9, p. 253).

THEVENOT. — Cancer primitif du poumon à type pleurétique. (*Province Médicale*, juin 1940).

Edwards TUDOR. — Tumeurs malignes du poumon. (*Journ. of Thoracic Surg.*, décembre 1934. — Tumeurs du poumon. (*Brit. Journ. Surg.*, juillet 1938).

M. URDANIZ et E.-J. MAZZEI. — Cancer primitivo del pulmon a forma osteo-artropatica. (*Rev. asoc. med. Argent.*, 48, 1065-1071, sept. 1934).

C.R.M.F. Van JOOST. — Six cases of primary cancer of lung (*Geneesk tjdschr v. Nederl. Indie*, 77, 3150-3163, déc. 7-1937).

Von GLINSKI. — Untersuchungen uber die Zunahme des primaren Lungenkrebses unter Berucksichtigung der Pathogenese. (*Deutsche arch. f. Klin. med.*, 183, 73-88, 1939).

WATRIN, ABEL et GIRARD. — Cancer primitif du poumon à point de départ bronchique. (*Société de Méd. de Nancy*, séance du 8-6-1938, in *Revue Médicale de Nancy*, n° 15, 1-8-1938, p. 720).

A. YOUNG. — Cancer primitif du poumon. (*Annals of Surgery* n° 1, juillet 1934, res. in *Journal de Chirurgie*, n° 3, mars 1935).

A. YOUNG. — Cancer primitif du poumon. (*Annals of Surgery*, t. 100, n° 1, juil. 1934, in *Presse Médicale*, n° 1 6-2-1935).

II. — ÉTUDE RADIOLOGIQUE DU CANCER PRIMITIF DU POUMON

BARRY. — Radiodiagnostic du cancer primitif du poumon. (*Thèse* de Bordeaux, 1936, 1937).

R. BENDA, M. FOURESTIER, M^me^ THAN et R. FASQUELLE. — Intérêt de l'exploration radiologique du thorax en position couchée, dans un cas de cancer primitif du poumon. (Séance du 4 février 1938, in *Bull. et Mém. soc. Méd. Hôp. de Paris*, n° 5, 14 février 1938).

CHOUSSAT. — Cancer primitif du poumon à début aigu avec présentation de radiographies en série et de la pièce. (*Société de médecine d'Alger*, séance du 20 décembre 1935, in *Algérie Médicale*, janvier 1936).

René HUGUENIN et Jacques DELARUE. — Importance diagnostique de la bronchoscopie radiologique dans les cancers primitifs du poumon. (*Paris Médical*, 23^e^ année, n° 7 18-2-33).

Huguet et Astier. — Etat actuel du diagnostic radiologique et de la radiothérapie du cancer du poumon. (*Marseille Médical*, nº 25-26, 5-15 septembre 1939).

René Huguenin et Auguste Nemours. — La bronchoscopie radiologique dans le diagnostic du cancer primitif du poumon. (*Bull. et Mém. Société de radiologie médicale de France*, nº 212, oct. 1934).

Jaquerod M. — Un aspect radiographique caractéristique du cancer primitif du poumon. (*Rev. Méd. de la Suisse Romande*, nº 1, 31-5-37).

W. Klein. — Roentgen diagnostic of primary carcinoma of lung. (*J. M. Soc. New Jersey*, 32, 631, 634, nov. 1935).

A. Looper. — Primary carcinoma of lung, bronchoscopie observations. (*Ann. otol. Rhin. Laryn.*, 42, 1104-1109, décembre 1933).

T. Lucherini. — Particulari as petti clinico radiologici dell ascesso del polmone specia nel riguardi del suo scambio diagnostico col cancro primitivo caritario polmonare. (*Policlinico sez med.*, 45, 429-443, sept. 1938).

C. Maderna. — Cancro primitivo del polmone e lue noxa chimica catrome bitume e sotto prodotti (contributo clinico, radiologico e tereputico). (*Arch. di radiol.* 14, 16-29, 1938).

W.-L. Mattick et E.-M. Burke. — Primary carcinoma of lung, pathologic an radiologic study. (*Rev. Tumor Therap.*, 1, 49, 57, Aug. 1937).

J. Monges, Poinso R. et A. Lumbroso. — Cancer primitif du poumon avec image ovale radiologique, correspondant à un processus infarctoïde sous-jacent au néoplasme. (*Bull. et Mém. de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, nº 28 2-11-26. Séance du 23 octobre 1936, 52, 1355-1360).

D. Olmer, J. Olmer et H. Roule. — Considérations cliniques et radiologiques à propos de dix-sept cas de cancer primitif du poumon. (*Marseille Médical*, nº 7, 5-3-48, p. 225).

B. Perdomo-Hurtado. — Cancer primitivo del pulmon en Caracas consideraciones diagnosticar, con descripcion de un caso. (*Gac. med. de Caracas*, 43, 206, july, 15-1936, 221, july 31-1936).

A.-A. Raimondi et V. de Pablo. — Importancia de la broncografia en el diagnostico precoz del carcinoma primitivo del pulmon. (*Archiv. de tisiol.*, 10, 256, 266, oct.-déc).

N. Romando et R.-E. Eyhabide. — Analisis critico de al monografia del Dr. J.-W. Tobias sindrome apico-costo-vertibral dobor so ; su valor diagnostico en el cancer primitivo pulmonar. (*Rev. asoc. Med. argent.*, 51, 482-488, oct. 30-1937).

J. Tapie. — Valeur des radiographies en série pour le diagnostic du cancer primitif du poumon. (*Soc. de Méd. de Chir. et de Pharm. de Toulouse*, séance du 19 janvier 1933, in *Toulouse Médical*, nº 17, 1er septembre 1933).

Westermark. — Les sténoses bronchiques, étude radiologique. (*Acta radiologica*, 1938, 10).

TABLE DES MATIÈRES

Généralités 11
Etude clinique 13
Etude radiologique 14

CHAPITRE Ier

Forme pseudo-tuberculeuse 15
Observation personnelle nº 1 15

CHAPITRE II

Forme pleurale 23
Observation personnelle nº 2 24

CHAPITRE III

Forme pseudo-kystique 31
Observation personnelle nº 3. 31

Conclusions 37
Bibliographie 39

Clermont-Ferrand, le 30 avril 1942.

Lu la thèse
et approuvé les conclusions.

Le Président,
Dr HANNS.

Vu : *Le Doyen de la Faculté de Médecine*,

André FORSTER.

Vu et permis d'imprimer :

Clermont-Ferrand, le 30 avril 1942

Le Recteur de l'Académie,
Président du Conseil de l'Université,

Pour le Recteur :
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
A. DANJON.

Imp. Générale, J. de Bussac, 2, cours Sablon, Clermont-Ferrand